

Historia de la Medicina

Cirugía de cabeza y cuello

Head and neck surgery

Dr. José V. Quiroz¹

COMO SURGE LA ESPECIALIDAD

Es la región mas visible y expuesta del organismo, a la cual muy pocas veces cubrimos, por la cual nos identificamos y en la cual se inician las mayorías de las funciones de la vida de relación.

En general las enfermedades del organismo se inician y progresan locoregionalmente, para luego generalizarse.

Ya **Kocher**, tempranamente, en 1880 lanzaba la idea de una amplia linfaadenectomía en el tratamiento del cáncer y particularmente, en el cáncer lingual y junto con **Packard**, indicaban la disección del triángulo submandibular. Otros como **Butlin**, 1885, cuestionaba la necesidad de una disección radical clásica en tumores N0. Se suman los trabajos de Solis-Cohen sobre la eficacia de la linfaadenectomía en N0 de la laringe.^(1,5)

El análisis y la discusión de estos conceptos consagran a la enfermedad neoplásica principalmente, de expresión locoregional y el primero que establece su manejo en cabeza y cuello es **G.W Crile** en 1906, padronizando la disección radical del cuello en la resección de las metastasis del CEC de Cabeza y Cuello, basandose principalmente en el trabajo de **Hitching** quien revisó mas de 4500 casos de la literatura médica, y los éxitos obtenidos por **Halstead** en sus operaciones combinadas en el cáncer de mama; sin embargo los conceptos de lesión primaria y metastasis regional como concepto histopatológico, de expresión de un estado molecular alterado, recién ocurre en los años 40.⁽²⁾

Justamente en la padronización de estos procedimientos marcó un hito importante, el trabajo tesonero del **Dr. Hayes Martin**, quien en su ardua y fructífera labor supo ordenar y sistematizar científicamente su experiencia y los elementos de la época, como se destacan en dos de sus mas famosos trabajos: uno: en 1948 "**Cáncer of the Head and Neck**" publicado en el Journal de la American Academy of Medicine; y el 2º: en 1951, sobre "**Neck Disección**", estudios sobre 1450 pacientes, en la Revista Cáncer.⁽³⁾

El Dr. Martin se recibió, como médico a fines de 1917; destinado a la costa francesa durante la 1ª guerra mundial; volvió a USA e ingresó al Memorial Sloan Kettering Hospital (MSKH) de Nueva York. En 1934 fue nombrado Jefe del Dep. de Cirugía de Cabeza y Cuello del Memorial, pero hasta 1940, la cirugía de cabeza y cuello no fue el método mas fre-

1) Profesor Adjunto de la Cátedra de Otorrinolaringología; Jefe del Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina de la UNA.

cuenta utilizado en el tratamiento de los tumores en ese hospital. Fue en las décadas del 40 y del 50, que con los adelantos técnicos en anestesia y reanimación, manejo del medio interno, y asepsia que este tipo de cirugía tuvo un despegue impresionante. El Dr. Martin se retiró de la práctica docente luego de publicar mas de 160 trabajos y técnicas quirúrgicas en un libro sobre **Cirugía de los Tumores de Cabeza y Cuello** en 1957, quedando como consultor y trabajando en la práctica privada hasta 1977 cuando nos dejó para siempre.⁽⁴⁾

Seria injusto y simplista decir que desde ahí se "inventó" una nueva especialidad, pero sí, que, este hecho marca la época en que en todo el mundo se desarrolla la ciencia médica con sus matices locales de acuerdo al desarrollo social económico y cultural de cada región.

Varias de las cirugías allí escritas ya se realizaban desde siglos y ejecutados aisladamente por cirujanos sin esquemas ni correcciones. Sin duda otros muchos, así como el Dr. Martin marcaron el inicio de esta novel especialidad en muchos países, siendo sin duda, los Americanos, los pioneros, fundando, la American Head and Neck Society en 1954, siendo este maestro y artista de la cirugía con su obra quien marcó de alguna forma el progreso de la Cirugía de Cabeza y Cuello.

HISTORIA

La historia de la humanidad es la historia escrita, la de nuestros días, al principio escrita en las paredes de las cavernas por lo que deducimos que estos primeros "Homo Sapiens, sapiens" ya comenzaron a usar elementos de la naturaleza para tratar las diferentes enfermedades que sufrían. Ya en el periodo **neolítico** se usaban distintos tipos de elementos cortantes, hechos de piedra, por ejemplo: para trepanar cráneos. Las heridas se curaban con hojas de helechos, cenizas y bálsamos naturales. El desarrollo posterior de la civilización mesopotámica y egipcia con el desarrollo de la caza, las construcciones y la guerra; desarrolló el arte y la ciencia médica y así de la cirugía, dando lugar a que destacados cirujanos intervinieran en el sector casi intocable de la Cabeza y el Cuello, citamos, como ejemplos: ⁽⁶⁾

- **Galeno** (131-210) traqueotomía para cuerpo extraño
- **Celsius** (178 AD.) resección de labio en "V"
- **Abulcasis** (1013-1107) y **Avicena** (890-1036) resecciones de labios con cicatrización en 2ª intención
- **Tagliacozzi** (1545-1599) realizó resecciones de tumores de la cara y reconstrucción con colgajos pediculados del brazo

- **Marchetti** (1664) y **Richard Wiserman** (1667) cauterizaciones de la lengua.

Definimos "ciencia" como el conocimiento cierto de las cosas por sus principios y sus causas orientado por leyes generales que relacionan, sin contradicción, los *hechos particulares*; conduciendo la reducción de *la diversidad a la unidad*, descubriendo la semejanza subyacente en la *especificidad* de las cosas. Con la medicina ocurrió esto. La explicación de los hechos en base al conocimiento científico de la naturaleza. Esto comenzó con los griegos, **Hipócrates** llamado: "el padre de la medicina" es el que primero estableció con sus escritos los criterios 1) éticos, b) clínicos y c) quirúrgicos: (Corpus Hipocraticum)

Hasta el 2º cuarto del siglo XIX la cirugía general, y la de Cabeza y Cuello en particular, tuvieron un desarrollo muy lento debido a: la falta de anestesia, las infecciones, el sangrado y otras complicaciones propias del mal estado del paciente.

Mismo así, **Langenbeck** (1819) describió la sección del labio inferior para acceso a la cavidad oral.

Listón en su libro *Practical Surgery* (1837) ya describía cirugías del labio, lengua tiroides y parótida, inclusive llamando la atención en la preservación del nervio facial.

A pesar que en el tratamiento del cáncer el uso del microscopio (histopatológico) ya se utilizaba desde 1820 – 30, Liston y Berggia realizaban resecciones de labio pero no por cáncer.⁽⁷⁾

El impulso apareció cuando el Dr. **George Elliot** en 1885 utilizó en el diagnóstico de un cáncer de lengua en el presidente Norteamericano **Ulysses S. Grant** (era un CEC del surco amigdalino lingual derecho.)

La laringología fue inicialmente enseñada en la Escuela Médica de Harvard, USA como una parte de la clínica, en 1866 por el Dr. **H.K Oliver** que fue uno de los médicos visitantes del Hospital general de Massachusetts.

El Dr. Oliver trajo desde París para los Estados Unidos los primeros espejos de acero ideados por Garcia, sustituyendo los espejitos de vidrio por los de metal.

En 1872 el Dr. **Knight** fue a Europa tornándose instructor en percusión, auscultación y laringología, fundando a su vuelta una clínica para estas especialidades. La primera clínica fue fundada en Nueva Inglaterra (región del Este de los USA) que incluía la laringología donde el estudiante se entrenaba en los métodos diagnósticos en las patologías de la laringe.

Rápidamente se fue extendiendo gracias a los avances tecnológicos y el riguroso padrón de entrenamiento de los centros.⁽⁸⁾

La Universidad de John Hopkins merece el crédito de ser la primera institución dentro y fuera de los

EEUU en darle a la laringología porte de especialidad incluyendo en forma obligatoria en el curriculum para el Título de doctor en Medicina. Prontamente a ella se sumó la Rinología. Si bien el objetivo no era darle carácter de especialidad sino solo dar un buen nivel a la formación del médico. Un hecho que nos parece importante como dato histórico de este inicio de la especialidad, es que desde 1896 ya existen publicaciones de la Revista Laryngoscope. Así comenzó a forjarse la figura del medico otorrinolaringologista que en su inicio fue clinico, pero con el desarrollo del conocimiento técnico debía ser un buen cirujano lo que implicaba un buen conocimiento de la Anatomía. Los cirujanos de esa época eran grandes operadores que solo tenían en sus manos la habilidad del bisturí para tratar las lesiones y los tumores con resultados pobres y muy cuestionados. La adquisición de los principios de la Cirugía general y el acto de pensar como un cirujano fue haciendo la formación del Otorrinolaringologista y el Cirujano de Cabeza y Cuello.

Aun así los procedimientos realizados eran cuestionados, por muchos cirujanos ilustres como **Marsden** que en 1851 fundó El Royal Cancer Institute en Londres, afirmando que siempre que fuera posible no usar el bisturí y si los cáusticos. **Liston** en 1880 afirmaba que el paciente con cáncer de seno maxilar estaba condenado a muerte siendo el tratamiento quirúrgico inadmisibile, solo cruel e inútil.

Mackenzie en 1887 contraindicó la laringectomía total en un cáncer de laringe del Emperador Federico III de Alemania a pesar que **Bilroth** en 1873 ya hubiera realizado la primera laringectomía total por cáncer. Se cuenta que por la traqueotomía realizada cobró el honorario mas elevado de la historia de la medicina. (=5-7)

Otros factores que perjudicaban el desarrollo eran la alimentación del paciente, las infecciones de la herida y los problemas de cicatrización.

En Cabeza y Cuello seguía habiendo problemas insolubles como el intenso sangrado, lo mismo que tanto el cirujano como el anestesista trabajasen en el mismo agujero.

Con el advenimiento de la anestesia gaseosa se desarrollaron las técnicas quirúrgicas como un todo. El ETER (1842), el Oxido Nitroso (1844), y el Cloroformo (1847) mejoraron el arte de la cirugía como nunca se había visto.

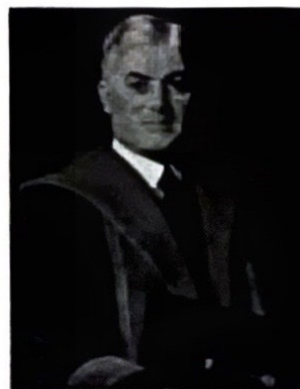
También, la anestesia local con Cocaína (1880) y la Procaína (1923) mejoraron la calidad y el desarrollo de las técnicas quirúrgicas.

Así, muchos procedimientos fueron apareciendo y se reafirmaron desarrollándose como técnicas clásicas en Cabeza y Cuello:



- **Kocher** en 1880 describe a la cavidad oral como vía de acceso a la glándula submaxilar, y no se puede dejar de recordar sus trabajos sobre más de 5000 tiroidectomías que marcaron las pautas técnicas y fisiopatológicas de la enfermedad tiroidea por lo que obtuvo el premio Nobel de Medicina en 1909.

- **Dawbarnd** en 1900 propuso la ligadura de la Carótida Externa con intención de disminuir el sangrado. En la 2ª mitad del siglo XIX ya incluía la resección de lesiones metastáticas, a pesar que no se tuviese una definición precisa de lo que ello significaba



- **Crile**, en 1906 en "Excisión of Cancer in Head and Neck" padronizó la disección ganglionar cervical radical, afirmando que la retirada aislada de un ganglio, sólo ayudaría a diseminar mas el cáncer, había que sistematizarlo en monobloque.

Luego del descubrimiento del Radio por los **esposos Curie** (1898-1903), se desarrolló un método nuevo y efectivo en el tratamiento del Cáncer, principalmente ⁽⁹⁻¹¹⁾.

Entre 1917 y 1918 el Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York (MSKH) adquirió el primer aparato de Radioterapia con lo que se ayudó y se reorganizó el tratamiento del cáncer en cabeza y cuello, en particular, dejando aun los problemas de infección de las heridas y los problemas de cicatrización.

Otra institución, que con su desarrollo también contribuyó muchísimo fue y es el Hospital MD. Anderson de Houston Texas.

Entre 1917 y 1933 en el hospital (MSKH) no se realizó ninguna laringectomía total, siendo el papel de la cirugía tratar las complicaciones de la radioterapia. La cirugía más realizada era la ligadura de la arteria Carótida externa. ⁽¹⁰⁾

Pero con el tiempo las complicaciones postradio-terápicas, la aparición de los antibióticos, el mejor manejo de los cambios en el medio interno, la mejora en asepsia y antisepsia y el desarrollo de instrumentales mas adecuados, fueron mejorando los resultados de diferentes técnicas. La década del 40 del siglo XX trajo varios descubrimientos que solucionaron los problemas que trababan el desarrollo de las técnicas quirúrgicas:

- el descubrimiento de las sulfas y la penicilina
- la anestesia endovenosa con Pentotal.
- Los bancos de sangre y fluidos parecidos al plasma.
- Dermátomos y otros instrumentos adecuados.

En la sgte. década del 50, gran entusiasmo causaron los resultados obtenidos con las cirugías radicales, que como ya se dijo, el tesonero trabajo de **Hayes Martín** y sus colaboradores fueron el puntal del desarrollo de la cirugía de cabeza y cuello. Pero con el correr de los años, los casos con complicaciones de infección y necrosis de los colgajos y sangrados importantes frecuentes en relación al índice de curaciones en los casos avanzados, forzaron a la aparición de trabajos como el de **Suárez (1963)**, **Bocca (1967)** y **Ballantyne (1968)** ⁽¹¹⁻¹²⁾ que cuestionan la necesidad de la radicalidad en los cuellos negativos y establecen las técnicas de cirugía funcional en el cuello del paciente con Carcinoma de Cabeza y Cuello. En honor de la verdad histórica en realidad, **Oswaldo Suárez** ⁽¹²⁾, profesor de la Universidad de Córdoba (Argentina), basándose en los estudios anatómicos de **Pernkopf** ⁽¹³⁾ estableció que el tejido celulo adiposo con los vasos y ganglios linfáticos del cuello está contenido en un sistema de compartimientos que en la parte externa envuelve los músculos y vasos, pero estas estructuras sólo tienen una relación de contigüidad y por consiguiente disecando las envolturas fasciales de los músculos y vasos sanguíneos, se puede remover el tejido celulo adiposo del cuello con su contenido linfático, respetando estructuras funcionalmente importantes, tales como los músculos, venas, glándulas submaxilares y los plexos cervicales, aun aquellas como el nervio espinal y el hipogloso que atraviesa compartimientos fasciales pueden ser preservadas. De allí que se denominará esta operación como disección funcional. Suárez basó su estudio en la observación y experiencia de 1318 casos de tumores de la laringe e hipofaringe de los que 803 presentaban ganglios palpables. Escrito en español y en una revista de poca difusión este trabajo pasó desapercibido hasta que **Bocca** que aprendió la técnica observando a Suárez ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ publicó en 1964 una comunicación sobre la disección funcional de cuello ⁽¹⁵⁾ y posteriormente en 1984 una serie de 1500 disecciones funcionales ⁽¹⁴⁾. La primera comunicación

en inglés fue publicada en 1967 por **Bocca** ⁽¹⁶⁾ de allí que en la literatura de habla inglesa, se le conozca como *disección funcional de Bocca*. Posteriormente **Calcareo y Teatini** describieron la técnica muy detalladamente ⁽¹⁷⁾.

A este cuestionamiento quirúrgico podemos sumar la aparición de técnicas de Radioterapia profilácticas y complementarias a partir de los trabajos históricos de **Jesse y Fletcher** en 1960, ^(19,19,11) posteriormente demostrados por **Ives Cachin** del Hospital Gustave -Roussy de Francia, con los mismos resultados terapéuticos que las cirugías funcionales que motivó la protesta de la clase quirúrgica de la época, pero que hoy, a la luz de los resultados de series como los de **Strong y Spiro** (del mismo servicio que el Dr. Martín) y otros, presentadas en diversos centros como el Memorial Sloan Kettering, de Nueva York M.D. Anderson, de Texas, el Instituto del Cáncer de Milán, el Instituto Gustave Roussy, la Free University de, Ámsterdam, el Princess Margaret, El A.C. Camargo Sao Paulo Brasil., la reevaluación y aceptación de estas propuestas están ampliamente ^(17,18,19,20) justificadas.

Hasta aquí hemos visto como en forma imperceptible, la voragine del desarrollo científico va moldeando la figura del especialista que de barbero paso a ser dentista, el clínico en laringologista, se sumo la rinología, luego anatomista y cirujano que en su inicio lidió con la anestesia, llegando, con la Radioterapia a ser oncologista. Formando un ser multidisciplinado que con el alcance del conocimiento es imposible de abarcar, luego fue más fácil y práctico dividir el trabajo por sectores.

Hasta ahí el papel de la cirugía y la radioterapia profiláctica fue bien definida (años 60-70) sin embargo se seguían cuestionando los límites de las operaciones. Entonces aparecen las técnicas de reconstrucción ante los defectos por ampliación de límites y así se recuerdan los colgajos de Backamjian de Buffalo, (1964) Demergasso y Piazza de Rosario, Argentina (1977), Ariyan (1977), ^(21-22,23) cutáneos y miocutaneos como los de Serafin (1976) ⁽²⁴⁾, con los colgajos micro quirúrgico y los trasplantes de órganos. Estos avances jugaron un papel preponderante en el tratamiento del cáncer de Cabeza y Cuello que en su gran mayoría, por ser avanzados (60%), se beneficiaban con estas técnicas y se sumaron los cirujanos plásticos al ejército de especialistas en torno a la cabeza y el cuello. Pero no termina ahí, estan los dentistas ampliamente relacionados, con la patología maxilo-facial y que desde los albores de la medicina jugaron un papel fundamental en el desarrollo de la especialidad. Tanto así que la mayoría de las organizaciones de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello en Europa, incluyen a los cirujanos

maxilofaciales dentistas formando parte de estas sociedades.

Cuan lejos en el tiempo ha de las inquietas disecciones de los anatomistas, cuanto cono cimienta acumulado y cuanto aun hay para saber. Varias técnicas novedosas se han incorporado con el objetivo de reducir y precisar aún más las indicaciones de la cirugía de cabeza y cuello:

La biopsia ganglio centinela que tan exitosamente se ha aplicado a los melanomas y a los carcinomas de mama.

Un ganglio centinela negativo obviaría la necesidad de disección de cuello. Se determinaría la posición del (o los) ganglios centinelas por linfocentelografía y luego podría hacerse una biopsia con aguja fina dirigida por ultrasonido ⁽²⁸⁻²⁹⁾ o cirugía abierta para extirpar el (o los) los ganglios comprometidos. Numerosos estudios no han aclarado cual sería el verdadero valor de esta técnica que aún debe considerarse en etapa experimental, incorporando todas las interrogantes sobre el valor de tinción como hematoxilina - eosina en el diagnóstico de la micrometástasis, la conveniencia de incorporar la inmunohistoquímica con un anticuerpo contra la citoqueratina y propio valor de la micrometástasis ya que utilizando técnicas de biología molecular, como reacción en cadena de la polimerasa de la transcriptasa reversa, se ha incrementado la frecuencia de las mismas ⁽²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁾.

La Tomografía por emisión de positrones (PET) con F18 fluorodeoxiglucosa que es una prueba de alta especificidad aunque de menor sensibilidad puesto que su capacidad de resolución es de más de 4-5 mm (las micrometástasis son más pequeñas). En el estudio de Kovacs ⁽⁴⁰⁾ los pacientes positivos al PET se consideraron clínicamente positivos y los negativos fueron sometidos a la técnica de ganglio centinela. ⁽²⁸⁻²⁹⁾

Como vemos de esta exposición, la cirugía de cabeza y cuello ha venido de más a menos, siguiendo la misma tendencia minimalista que la cirugía de la mama.

Sin embargo a pesar de todos estos avances aparentemente no mejoraron en lo esperado los casos de estadios III y IV. La inquietud de los especialistas se hizo sentir ya desde los años 80. Con las modificaciones de Medina (1989) en la Clasificación del TNM teniendo en cuenta mas la relación clínica histológica de la enfermedad acercándose mas al las fuentes moleculares de la misma, en los años 90, con los trabajos de Shah y cols. ⁽²⁶⁻³³⁾

Se desarrollan las conductas de tratamiento en post de conservación de órganos en casos avanzados desarrollando técnicas combinadas de RXT mas QT, y Cirugía de rescate con resultados casi semejantes que los esquemas netamente quirúrgicos y radioter-

picos anteriores.

La otorrinolaringología era y continua siendo, una pequeña parte de la medicina, a la cual solo cerca del 2 % de los médicos se dedican. Sin embargo para los pacientes que padecen enfermedades en el área de la cabeza y cuello están tienen un impacto tremendo. Ahora hay una comprensión mejor y mas profunda de las causas de los canceres de cabeza y cuello y de su tratamiento. Gracias al mejoramiento de la tecnología de imágenes, de la anestesia y el perfeccionamiento de las técnicas de reconstrucción quirúrgicas, la supervivencia y su calidad de vida han mejorado de manera radical. Además han marcado un gran adelanto la colaboración cercana de los oncólogos, los radioterapeutas, los genetistas y los biólogos moleculares, cuyos descubrimientos y desarrollo científicos sorprende a cirujanos de todas las áreas.



Dr. Charles Cummings, jefe del Departamento de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, en Johns Hopkins Medicine

La literatura se llena de trabajos prospectivos sobre las mutaciones genéticas de los pacientes con estos tumores y su cuantificación, además de la revisión histológica y la posibilidad de nuevos tratamientos, que es el gran desafío de la actualidad, abriendo las posibilidades terapéuticas más preventivas con el uso de quimioprofilaxis en pacientes en los que son marcadores tumorales positivos. En el campo de la biología molecular se han abierto las puertas en al detección temprana de tumores y de su recurrencia. Con pruebas sencillas como la detección en sangre, esputo o saliva se pueden determinar el componente genético e inclusive modificar el genotipo de pacientes predestinados a desarrollar estos tumores, modificando la evolución y previniendo la aparición de los mismos, como ya se ha conseguido con marcadores como el PSA en el cáncer de próstata y otros marcadores factibles de realizar en países de bajo nivel

económicos.⁽³³⁾

Estos hechos mudarán, o ya mudaron el comportamiento de los especialistas y no nos quedará otra que estar preparados con la tecnología de avanzada si queremos obtener la cura de nuestros pacientes. Pero esta reflexión de cambio, deberá ser bien crítica, ya que esas posibilidades de cura se obtendrán cambiando también, otros valores económicos y sociales que permita alcanzar la enfermedad en su comienzo, o prevenirla y no ya desarrollada como la encontramos hoy por hoy.

FUNDAMENTOS PARA LA ESPECIALIZACIÓN

El cirujano de Cabeza y Cuello es un ejemplo fiel de esta evolución; comenzó siendo barbero y/o odontólogo, cirujano general, u oncólogo. A la par, el Otorrinolaringologista se desarrolla de la misma forma, con variables como la oftalmología, clínica neurológica, endocrina, estomatológica, esofagológica y cardio pulmonar; la cirugía maxilo facial estética y reparadora, neurológica y tumoral.

Así, fue ocurriendo la simbiosis entre dos especialidades muy parecidas y con las mismas necesidades prácticas: la Otorrinolaringología (ORL) y la Cirugía de Cabeza y Cuello (CCC)

Fue en USA, probablemente donde se inició ese "romance" que persistió hasta nuestros días, tan fuerte que se diseminó por todo el planeta, siendo la denominación más aceptada de esa unión la de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, siendo la Sociedad Americana la de mayor número de socios. Existen todavía países, en Europa y ciertos países americanos donde la denominación varía un poco, pero son los menos, y más en formas de subespecialidades de la ORL.

Como referencia histórica encontramos que la Sociedad Uruguaya de ORL se fundó en noviembre de 1919 y la segunda Sociedad sudamericana formada fue la Sociedad Chilena de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, gracias a la visión y Tesonero esfuerzo de su fundador, el Profesor Alejandro del Río en el año 1931.

Como referencia en Brasil se fundó en el año 1967 La Sociedad Brasileña de Cirugía de Cabeza y Cuello cuyo primer presidente fue Fairbank Barbosa y hasta la fecha esta agrupación de más de 400 miembros es independiente.⁽³⁴⁾

En la república Argentina fue fundada como Sociedad Argentina de Patología de Cabeza y Cuello en 1972, en Santa FE., poco después se fundaba la Sociedad Peruana.

En diciembre de 1977 en la Ciudad de Santa Fe se reúnen los representantes de las sociedades de países

americanos y se decide la formación de **La Asociación Sudamericana de Sociedades de Cirugía de Cabeza y Cuello** y la realización del 1er congreso en la ciudad de Bahía Brasil, en noviembre de 1979. Firmando el acta fundacional:

Sociedad Brasileira	_____ Anisio Costa Toledo
Secretario	_____ Alberto Posetti Ferraz
Tesorero	_____ Nilton Tabajara Herter
Sociedad Peruana	_____ Walter Rodríguez
Sociedad Argentina	_____ Jorge REÑE
Vice-Presidente	_____ Nestor Moisés Azize
Observador Uruguay	_____ Helmut Kasdorf
Observador Paraguay	_____ Manuel Riveros

Nuestro país no tenía todavía un grupo específico, ni número adecuado, para la formación de una Sociedad; sin embargo, alrededor del maestro **Prof. Dr. Manuel Riveros** y unidos en la Sociedad Paraguaya de Cirugía fundada en 1970 sobresalían en su trabajo sobre la patología de Cabeza y Cuello, los Drs. Roberto Menchaca; Aníbal Estigarribia, Miguel Ángel Aguilar, Ramiro García Varesini, y otros, todos cirujanos oncólogos de renombre.

En Bahía, Brasil el 6 de Setiembre de 1979, se firma el acta fundacional de la Federación Sudamericana de Sociedades de Cirugía de Cabeza y Cuello con la presencia de Brasil, Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. Por Paraguay firma el **Dr. Roberto Menchaca** y en esa reunión se decidió que el próximo encuentro de la comisión directiva, se haría en marzo de 1980 en Asunción, nuestra Capital, quedando el Dr. Menchaca como representante encargado de la reunión, que se realizó el 15 de marzo de 1980, estableciéndose los Estatutos definitivos de la Federación, decidiéndose que c/ 4 años se realizarían los Congresos en un país diferente. Esta reunión en Asunción fue la última vez que asistió un representante de nuestro país a las reuniones de la Federación. La siguiente reunión del comité permanente debería ser realizada el año siguiente, en la República de Chile y fue presidida por el **Dr. José Torres Ortega** (chileno) transfiriéndose la presidencia al **Profesor Dr. José Joel** siendo el delegado representante el **Dr. Jorge Bertotti**. En esa reunión se decide entre otras, fijar la fecha de realización del 2º Congreso en la Argentina nombrándose como Presidente del Congreso al Profesor José Joel y Secretario Gral. al Doctor Jorge Bertotti, según actas de la Federación revisadas por el autor; se carecen de datos sobre actividad de especialistas paraguayos desde esa fecha.

Solamente hubo reuniones esporádicas dentro del seno de la Sociedad Paraguaya de Cirugía.

En muchos de los países de América Latina los cirujanos de Cabeza y Cuello fueron englobados por

las Sociedades de Otorrinolaringología, talvez, por el escaso número de ambas, mayor el de la de ORL., sin embargo en otras como en el Brasil y la Argentina donde cuentan con numerosos miembros, existen una separación importante.

El Uruguay y nuestro país son un ejemplo de ello.

En 1938, bajo la dirección del **Profesor Dr. Crispín Isaurralde**, en ese momento, Titular de la Cátedra de ORL, y de Oftalmología se fundó la Sociedad Paraguaya de Oftalmología y Otorrinolaringología, dándose la Presidencia honorífica al **Profesor Dr. Nicolás Chirfani** quien fuera el Primer Profesor de la Cátedra de ORL, independiente, ya que hasta esa fecha funcionaba, fusionada con la de Oftalmología. Lo sucede el Profesor Isaurralde., siendo el primer practicante el **Dr. Cantalicio Franco Torres**.⁽³⁴⁾

Con el correr de los años la SPORL pasó a llamarse Sociedad Paraguaya de Otorrinolaringología y Broncoesofagología. Sin desmerecer el esfuerzo individual de los seguidores de estos maestros como los profesores **Cantalicio Franco Torres, Alarico Quiñones y Carlos Raúl Latorre** el deterioro socio cultural de la República repercutió en todos los ámbitos y así en el científico cultural. Sin embargo la lucha siguió y no fue en vano y la llegada y formación de Profesores jóvenes y el destape democrático permitió la reorganización de grupos de trabajo y estudios. Por un lado el desarrollo marcado de sociedades de países vecinos, de la comunicación computarizada y satelital dio sus frutos.

Entre los años 1983 y 1984 en las Cátedra de ORL y la 2ª Cátedra de Cirugía del Hospital de Clínicas dependientes de la Facultad de Medicina de la UNA se habilita un consultorio de Cirugía de Cabeza y Cuello, sus primeros componentes, el que escribe y el **Dr. Héctor Dami** primer residente, gracias a la visión futurista del **Prof. Cantalicio Franco Torres** y luego del **Prof. Carlos Raúl Latorre** y el apoyo de los Profesores **Jaques Balanza y David Vanuno** llenando una necesidad que el hospital carecía de un servicio que se encargara de los pacientes con tumores de la cabeza y del cuello a excepción de la patología bociógena endémica en el país. A la par en otras instituciones publicas como el Instituto Central de Previsión Social (IPS) y el Instituto Nacional del Cáncer (INC), se destacaban otros cirujanos oncólogos que se ocupaban de este tipo de pacientes, alumnos del **Prof. Manuel Riveros**, considerado el primer cirujano dedicado al cáncer quien realizó la primera laringectomía total en 1940.

Por todo lo detallado lo ecléptico y el desordenado desempeño del manejo de esta patología, hizo la necesidad de asociarse dando nacimiento en Noviembre

de 1998 del Grupo Paraguayo de estudio de Cirugía de Cabeza y Cuello quienes firmaron un acta fundacional en una reunión gremial y científica con invitados extranjeros. En esa reunión en la cual firmaron 15 destacados especialistas de variadas especialidades interesados en la patología, se decidió formar un comité ejecutivo y elaborar los Estatutos de la futura Sociedad Paraguaya de Cirugía de Cabeza y Cuello, además de estructurar un plan de reuniones periódicas gremiales y científicas con el fin de mantener vivo el interés. También se destaca la participación en los Congresos nacionales e internacionales ya como Asociación representativa de la especialidad.

El comité ejecutivo fue formado por los **Drs. Miguel Ángel Aguilar Prof. Anibal Estigarribia, Prof. José V Quiroz, Dr. Jorge Arias, Dr. Héctor Dami y La Dra. María Osorio**. Otros cirujanos miembros firmantes fueron el **Profesor José Luis Roig Ocampos**, el **Prof. Luis Bogado**, los **Drs. Francisco Perrota, Oscar Achon, Julio Aldana y Horch Netek**.

El grupo participó en 3 congresos de cirugía nacionales y los 3 últimos Congresos de la Federación Sudamericana de Sociedades de CCC. En el lapso transcurrido recibimos la visita y el apoyo de los Profesores extranjeros: **Abrao Rapaport** de Sao Paulo, Brasil, **Lais Novelli** de Rosario Rep. Argentina y **Paulo de Lima Pontes** de Sao Paulo, Brasil y a su vez Representante de la IFOS para América Latina y el Caribe, nombrados por el comité ejecutivo como socios honoríficos fundadores Extranjeros de nuestra novel Asociación.

No es fácil fundar una sociedad científica y más de una especialidad mediatamente nueva.

Sabemos que la medicina se desarrolla a pasos agigantados con un desarrollo tecnológico vertiginosamente cambiante, de alto nivel económico, y esto en un país del tercer mundo con poca población, ésta de paupérrimo nivel socioeconómico, y mas con un N° escaso de especialistas. Todo esto y gracias al ambiente de hermandad y colaboración llevó a muchos de los apasionados por la especialidad a forjar la unión entre las dos especialidades, entre Otorrinolaringólogos y Cirujanos de Cabeza y Cuello. Sin duda hay que destacar el impulso a esa unión que tuvieron como mentores a los **Profesores: José Luis Roig, Cesar Franco Torres, José V. Quiroz, Luis Costas; los jefes de Sala: Carlos Mena, Oscar Gómez, Cesar Franco Peña, Jorge Arias** y muchos otros de diferentes servicios.

Así en los inicios del año 2005 fue establecida legalmente la novel **Sociedad Paraguaya de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello** con su formalización legal y Estatutaria, siendo la más nobel de las Sociedades latinoamericanas. El grupo de cirujanos de cabeza y cuello quedamos incluidos como un apén-

dice: "**Capítulo**", se llama en la jerga estatutaria, con autonomía científica y dependencia social y gremial. Así esta historia, "colorin colorado no está terminada" tiene aun mucho que desarrollarse, fortalecerse y crecer. El 1er. paso debe ser la realización del 1er Congreso Nacional de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, y a seguir la Edición y Publicación de la Revista oficial de la Sociedad como vocero gremial y científico.

CERTIFICACIÓN Y CREDENCIAMIENTO

Esto surgió también por necesidad de un fundamento legal: Constitucionalmente la única entidad autorizada a organizar y expedir títulos de postgraduación y especialistas es la Universidad Nacional de Asunción por intermedio de la Facultad de Medicina. Esto obliga al Ministerio de Salud a reconocer solamente los títulos de especialista expedidos por la UNA, lo que en la práctica laboral no se cumple, principalmente por las empresas medicas del sistema Prepago que aceptan los diferentes diplomas otorgados por la Sociedades Científicas no vinculadas ni al Ministerio de Salud ni a la UNA. Esta situación caótica está en un impase, estancado, en el Poder Legislativo, dentro del Proyecto Nacional de Salud, que entre sus temas incluye el Credenciamiento Médico y el de Especialista.

La encargada y responsable de la certificación es

la Cátedra de ORL de la FAC, por intermedio de la Escuela de postgrado, dependiente de la UNA con un curriculum de 3 años de residencia médica dentro de un plan nacional de residencia médica, certificado por el rectorado del cual, luego de presentar un estudio Monográfico, recibe el título de Especialista en ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello.

En un gesto de madurez organizativa, la Cátedra de ORL y CCC y la Sociedad Paraguaya de ORL Y CCC conjuntamente publicaron en Diciembre del 2006 un documento oficial: los **REGLAMENTOS del CURSO DE ESPECIALIZACIÓN y RESIDENCIA MEDICA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**, que contienen los requisitos y competencias mínimas de acreditación a nivel nacional conforme lo reglamentos generales de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Medicas (EPG-FCM) de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN (UNA).

Con esto se ha dado un gran paso en el crecimiento funcional, científico, educativo y gremial de la especialidad, que nos exige la vorágine de desarrollo tecnológico y cibemético de la medicina actual. Llamamos a los colegas nuestros y de la otras especialidades a unirse para trabajar mejor y mas humanamente en pro de la salud de nuestro pueblo.

(gracias a la colaboración de la Biblioteca del HOSPITAL A.C. CAMARGO Y LA BIREME de Sao Paulo Brasil)

BIBLIOGRAFÍA

1. Pack, G.T. The heredity of Human cancer; in Conley, J. Cancer of the Head and Neck Butterworth & Co, London, 1967.
2. Crile G. Excision of cancer of the head and neck with special reference to the plane of dissection based on one hundred thirty two operations. JAMA. 1906;47:1780-1785.
3. Martin HE, Del Valle B, Ehrlich H, Caban WC. Neck dissection. Cancer. 1951;4:441-449.
4. Barboza, M.M. como surgió la especialidad médica Rev. Bras. De Cir. de Cabeza y Pechozo, 19:2, 1995, 45-46.
5. Mac Comb WB. Mortality from radical neck dissection. Am J Surg. 1968;115:332-354.
6. Trullert P. Le Cou: Anatomie topography: les aponeuroses, Les loges. Paris L. Arnette 1922.
7. Beahm, O.H. Surgical Anatomy and technique of radical neck dissection. Surg Clin. N. Am. 1977; 57: 663-700.
8. Wolf, G.T.; Fisher, S.G.; Truelson, J.M.D. DNA content and regional metastases in patients with advanced laryngeal carcinoma. Laryngoscope. 1994; 104: 479-483.
9. Cachin Y, Sancho-Garnier H, Micheau C, Marandas P. Nodal metastasis from carcinoma of the oropharynx. Otolaryngol. Clin North Am. 1979;12:143-154.
10. Jesse R, Ballantyne AJ, Larson D. Radical or modified neck dissection: A therapeutic dilemma. Am J Surg. 1978;136:516-519.
11. Fletcher G.H. Elective irradiation of subclinical disease in Cancer of the head and neck. Cancer 1972;29:1450-1461.
12. Suárez O. El problema de las metastasis linfáticas y alejadas del cáncer de laringe e hipofaringe. Rev Otorrinolaringol. 1963;23:83-89.
13. Pernkoff E. Cuello. Anatomia topográfica humana. Tomo III Editorial Labor SA Barcelona, Madrid 1960.
14. Bocca E, Pignataro O, Olden C, Cappa C. Functional neck dissection: An evaluation and review of 843 cases. Laryngoscope. 1984;94:842-845.
15. Bocca E. Evidemant "fonctional" du cou dans la therapie de principe des metastases ganglionnaire du cancer du la larynx (introduction a la presentation d' un film). J Fr. Otorhinolaryngol. 1964;13:721-723.
16. Bocca E, Pignataro O. A conservation technique in radical neck dissection. Am Otol. 1967;76:975-978.
17. Calero CV, Teatini G. Functional neck dissection.

- Anatomical grounds, surgical technique, clinical observations. *An Otol Rhinol Laringol.* 1983;92:215-222.
18. Ferlito A, Rinaldo A, Suárez O. Often forgotten of functional neck dissection (in the non-spanish speaking literature). *Laryngoscope.* 2004;114:1177-1178.
 19. Spiro RH, Strong EW. Epidermoid carcinoma of the mobile tongue. Treatment by partial glossectomy alone. *Am J Surg.* 1971;122:707-710.
 20. Brazilian Head and Neck Cancer study group. End results of a prospective trial on elective neck dissection v/s type III modified radical neck dissection in the management of supraglottic and transglottic carcinoma. *Head neck.* 1999;21:694-702.
 21. Backamjian V.Y. Surgery for cancers of the hypopharynx and cervical esophagus. In Cooper, P. *The craft of Surgery.* Boston: Little, Brown and Co., 1971
 22. Demergasso, F., Piazza, M. Colgajo cutáneo aislado a pedículo muscular en cirugía reconstructiva por cáncer de cabeza y cuello. *Técnic. Original. Rev Argent. Cir.* 1977; 32: 27.
 23. Ariyan, S. The pectoralis major myocutaneous flap. A versatile flap for reconstruction in the Head and Neck. *Plast. Reconstr. Surg.* 1979, 6: 73-81.-
 24. Serafin, D, Georgiade, N.G., Peers, C.R. Microsurgical composite tissue transplantation: a method of immediate reconstruction of the head and neck *Clin. Plast. Surg.*, 197 6: 3:447-456.
 25. Shah, J.L.; Candela, F.C.; Podlar A.K. The patterns of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Cancer* 1990; 66: 109-113.
 26. Goeppert H, Jesse RH, Ballantyne AJ. Posterolateral neck dissection. *Arch Otolaryngol.* 1980;106:618-620.
 27. Spiro RH, Strong EW. Epidermoid carcinoma of the oral cavity and oropharynx: Elective v/s therapeutic radical neck dissection as treatment. *Arch Surg.* 1973;107:382-384.
 28. Spiro JD, Spiro RH, Shah JP, Sessions RB, Strong EW. Critical assessment of supraomohyoid neck dissection. *Am J Surg.* 1988;156:280-289.
 29. Snow GB, Anyas AA, Van Scoden EA, Bartelek H, Hart AA. Prognostic factors of neck node metastasis. *Clin Otolaryngol.* 1982;7:215-219.
 31. Shaha AR, Spiro RH, Shah JP, Strong EW. Squamous carcinoma of the floor of the mouth. *Am J Surg.* 1984;148:455-459.
 32. Medina JE, Byers RN. Supraomohyoid neck dissection: Rational, indications and surgical technique. *Head neck.* 1989;11:111-122.-
 33. Kotelnikov, V.M.; Coon, L. Halcem. Cell kinetics of head and neck cancers *Clin Cancer res.* 1995,1: 527-53
 34. Barboza J.F., Andrade Dobrinho J, Faccio CH. OS esvaziamentos cervicais e seus problemas. *Sao Paulo: Prociex* 1962.
 35. Franco Torres, C.; La otorrinolaringología en la Facultad de Ciencias Médicas. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA- Paraguay*, 1983 Vol: XV; N° 1-2: 353-372.